

Hydropesia da vesícula biliar consequente á obstrução calculosa do canal cystico; caso clínico

Pelo Dr. H. Varnieri
Cirurgião interno da S. Casa

O. M. V. 19 annos, amancebada, branca, brasileira e de serviços domesticos.

Baixou á enfermaria Dr. Protasio, na Santa Casa de Misericórdia, ás 18 horas do dia 15 de janeiro de 1923. Leito n.º 1.

Anamnesis: Antecedentes hereditarios e pessoas bons. Informa a paciente que nunca estivera doente. Soffria somente de perturbações digestivas, prisão de ventre durante dois ou tres dias e, ás vezes, dores leves e passageiras que ella localisava no estomago, mas a horas indeterminadas.

Fôra menstruada pela primeira vez mais ou menos aos 12 annos, continuando a sel-o normalmente. Nullipara.

Achava-se grávida de 3 mezes e nunca apresentára perturbações gravidicas.

Na vespera, porém, de baixar ao hospital, isto é, a 14 de janeiro e á tardinha, fôra acommettida de uma dor, relativamente forte, no ventre, acompanhada de vomitos que duraram varias horas, porem, com intermitencias, dor de cabeça e duas evacuações mais ou menos liquidas. Tomára medicamentos caseiros e, como não melhorasse recolheu-se ao hospital.

Exame: Mulher fransina, porém, bem conformada e de estatura mediana. Facies fatigada. Temperatura axillar 38º,6; pulso 104 regular e pequeno. Já não vomitava, tinha, no entanto, frequentes nauseas.

O estado do ventre da paciente chamou de subito nossa attenção.

Abdomen uniformemente distendido e tympanico. A pressão, leve embora, despertava forte dor e deffesa muscular qualquer que fosse a região examinada. Dor e defesa eram, no entanto, sobremaneira acentuadas, na fossa iliaca e flanco direito, mas não com predominancia no ponto de Mac-Burney.

O exame gynecologico revelou-nos os fundos de sacco livres e o utero globuloso, augmentado de volume e movel.

As condições do ventre não nos permittiam exame mais minucioso.

Diagnosticos pré-operatorio.

Tendo em vista o passado gastro-intestinal, embora um tanto obscuro, da paciente e em face dos symptomas agudos presentes: ventre distendido e tympanico, dor e defesa abdominaes accentuadas sobretudo no quadrante inferior direito, nauseas, pulso 104, pequeno e não de accordo com a temperatura de 38º,6 (syndroma de reacção peritonal) e o inicio do mal que se manifestou por uma dor no ventre e vomitos, e eliminados por exclusão outros estados pathologicos, firmámos o diagnostico de *appendicite aguda* e possivelmente com perfuração do órgão, visto á violencia e intensidade dos phenomenos presentes.

Estabelecido este diagnostico restava-nos intervir de urgencia, o que fizemos ás 19 horas, pois, somos pela intervenção precoce na appendicite aguda.

Acto operatorio.

Anestesiada a paciente pelo ether e auxiliado pelo dr. R. Weber, praticámos a incisão de Roux.

Aberta a cavidade peritoneal fizemos com facilidade a exteriorização da extremidade cecal e seu appendice, visto como não existiam adherencias.

O exame macroscopico do cecum e appendice nada nos revelou de anormal. Este era pequeno, movel, liso e de co-

loração normal. Na cavidade peritoneal não percebemos derrame liquido.

Tinhamos errado nosso diagnostico.

Pela pequena incisão da parede tentámos explorar a cavidade abdominal, e dirigindo os dedos para cima, para o hypochondrio direito, encantrámos um corpo longo, liso e tenso, com a forma de uma grande pera alongada e que mantinha ligações intimas com o órgão hepatico.

Pela fôrma e localisação só podia ser a vesícula biliar grandemente augmentada de volume.

Como a anesthesia não corresse bem preferimos não ressecar o appendice, normal, e suturámos a incisão primitiva.

Poderíamos ter attingido a região que agora visavamos prolongando a incisão já feita. Isto, porém, não fizemos por duas razões: primeira, porque tinhamos necessidade de esterilizar o campo operatorio em muito maior extensão, e, segundo, porque julgamos menos traumatizante abordar a região dos conductos biliares por uma das incisões classicas.

Preparado novamente o campo operatorio e colocado um rôlo na região dorso-lombar, praticámos a incisão paracostal direita, que tivemos de prolongar, por motivos supervenientes, ao longo do bordo externo do musculo recto anterior do abdomen, tomando ella, então, a fôrma da incisão angular, usada por Villard, de Lyon.

Afastados os bordos da ferida apresentam-se-nos o bordo anterior do figado e a vesícula biliar enormemente distendida e de côr nacarada, mas ligeiramente congestionada.

A forte tensão da vesícula não nos permitiu que percebessemos no seu interior corpo extranho algum; porém, extendendo a exploração para o canal cystico e demais conductos biliares encontrámos pela palpação a existencia de calculos no primeiro destes.

O grande desenvolvimento da vesícula que, como dissemos, tinha a fôrma de uma grande pera muito alongada e o grosso calibre do cystico que tinha o diametro de um dedo indicador, nos difficultava sobremaneira a *cholecystectomy*, intervenção a que demos preferencia.

Resolvemos, portanto, praticar, primeiro, a punção da vesícula afim de facilitar seu descolamento e a ligadura dos pediculos.

Esta nos deu cerca de 200 cc. de um liquido fluido, incolor e limpo e, finalmente, pela expressão do canal cystico, pequena quantidade de liquido o mais espesso, turvo e amarellado, de aspecto purulento.

Dizemos de aspecto purulento porque não foi feito o exame microscopico. Ausencia de bile.

Executámos a *cholecystectomy* directa sem grande difficultade devido á ausencia de adherencias com os órgãos visinhos.

Drenagem sub-hepatica com dreno de borracha fenestrado e protegido por duas laminas de gase hydrofila.

Sutura da parede em 3 planos.

Aberta a vesícula depois de extirpada encontrámos 5 calculos muriformes sendo 3 no bassinete e dois obstruindo o canal cystico.

Diagnosticos post-operatorio: Hydropesia da vesícula biliar consequente á obstrução calculosa do canal cystico.

Sequencias operatorias. A doente teve elevação de temperatura que attingiu ao maximo de 39º no 2.º dia de operada e dahi por deante foi decrescendo até á apyrexia no 7.º dia.

Ao 4.º dia o dreno acusou a presença de bile cujo escoamento se manteve até ao 12.º dia. Retirada do dreno 14 dias após a intervenção.

A suppuração da pelle nas proximidades do dreno retardou a alta de nossa operada, a qual teve lugar 38 dias após a intervenção, completamente cicatrizada e curada.

A gravidez continuou sua evolução natural.

A hydropesia da vesícula biliar é a consequencia da obliteração mechanica e permanente do bassinete ou do canal cystico.

Esta é mais frequentemente produzida por calculos, mas, pôde, também, sel-o por um tumor proprio ou das proximidades e pelas alterações fibrosas do cystico.

Mocquot cita um caso de carcinoma e outro de um nucleo fibroso deste canal.

Isto, porém, não significa que toda vez que haja obstrução do conducto vesicular se manifeste a hydropesia.

Conhecemos casos em que a vesícula era atrophiada e esclerosada, contendo no seu interior, de mistura com calculos, uma substancia complexa verde-escuro, espessa e viscosa que, macroscopicamente, parecia ser bile deshydratada e muco.

Quanto á natureza do liquido das hydropesias, o trabalho mais moderno é o de Gosset, Loewi e Mestrezat, os quaes fizeram o estudo chimico comparativo entre este liquido e a bile, o liquido cephalo-racheano, o plasma sanguineo e os humores do olho.

Baseados nestes exames e no estudo anatomo-pathologico das vesiculas hydropicas, concluíram estes autores que, nos casos typicos em que ha destruição completa do epithelio de revestimento vesicular, o liquido não contém nem os saes nem os pigmentos biliares e é o producto da dialyse do plasma do sangue atravez as paredes da vesícula transformadas em sacco fibroso, adelgaçada e bem irrigada.

Casos ha, porém, em que o liquido é viscoso devido á presença de mucina, producto do epithelio glandular incompletamente destruido, mas, no qual não se encontram os elementos da bile. (Pres. Méd. n.º 46 de 1921).

"Nestas distensões vesiculares a obliteração do cystico ou do bassinete é constante, mas, a natureza do liquido varia.

Si em certos casos o liquido parece ser um liquido de dialyse (e a observação de Gosset é typica), existem outros cuja historia pathologica é menos antiga, em que a mucosa vesicular não está inteiramente destruida, em que por vezes, existem ainda phenomenos inflammatorios manifestos, nos quaes o liquido é differente.

A's vezes nitidamente mucoso e viscoso, pôde ser seropurulento, etc.; encontrando-se todos os intermediarios entre a hydropesia da vesícula e os diversos liquidos encontrados nas cholecystites com a differença, porém, que os elementos da bile não são geralmente encontrados" (H. Hartmann-chirurgie des voies biliaires, 1923).

No caso que apresentamos além do liquido fluido, limpo e incolor, a expressão do cystico e bassinete nos deu um liquido com todos os caracteres do puz.

Despertado o microbismo latente, não estaria ella, hydropesia, em via de evolução suppurativa?

Qual a causa determinante da congestão das paredes vesiculares, da hyperthermia e da reacção da serosa peritoneal?

Quer nos parecer que outra cousa não era sinão o despertar do processo phlegmasico primitivo, tanto mais que está provado que a lithiase biliar tem por inicio a infecção aguda ou chronica das vias biliares.

Milita em favor de nossa hypothese o facto de terem desaparecido os efeitos após a supressão da causa.

Clinicamente, o doente começa por ter, via de regra,

uma ou varias colicas hepaticas, as mais das vezes sem ictericia, outras vezes com um ligeiro gráu sub-icterico, resultado de um surto de angio-choilite concomitante e passageiro.

Cessadas as colicas o tumor se installa lentamente e com marcha chronica.

Quanto ao diagnostico differencial entre appendicite e as affecções da vesícula nem sempre é elle facil e das possibilidades de erro nem os mestres estão isentos.

Dienlafoy, em sua lição sobre a *appendiculo-cholecystite*, depois de citar observações em que havia sido feito o diagnostico de appendicite e ter verificado após a intervenção tratar-se puramente de cholecystite com a vesícula muito augmentada, invadindo a região cecal, diz: "Quando os dois focos são bem distinctos, quando apresentam um e outro signaes que lhes são proprios, quando uma appendicite irrompe com seu cortejo de symptomas em um individuo que já teve manifestações biliares e que apresenta actualmente signaes de cholecystite o duplo diagnostico é mais ou menos simples. Mas nem sempre assim acontece e não nos deve surprehender a difficuldade que se encontra em fazer este duplo diagnostico, quando é, por vezes trabalho fazer-se um diagnostico desdobrado, isto é, pronunciar-se entre uma appendicite e uma cholecystite.

Ha, com effeito, apendices de typo ascendente que sobem por detraz do cecum e colon e que transportam a dor até o fígado, nas paragens da vesícula biliar.

Em taes casos se faz mister um exame attento afim de evitar que se tome uma appendicite por uma cholecystite.

O erro inverso é mais frequente — e varios vezes a cholecystite foi confundida com a appendicite."

Em nosso caso, justamente, os symptomas se confundiam e a doente negava um passado vesicular claro. Aguardamos, portanto, da indulgencia dos que nos lêem, excusas pelo erro que commettemos.

Erupção tardia de um incisivo permanente (*)

Cirurgião-dentista Miguel Saldanha.

(Prof. int. Technica odontologica)

Nos ultimos dias do mez de Julho de 1922, deu entrada em nosso consultorio, um cavalheiro cujo nome ecultamos sob as iniciaes S. S. — branco, solteiro, com 30 annos, exercendo sua actividade no commercio. Este senhor visitou-nos sob o pretexto de fazer a extracção das raizes do primeiro molar inferior esquerdo, accomettidas de arthrite chronica.

Surprehendido com o facto de o nosso cliente retirar da bocca, um pequeno apparelho de vulcanite, composto apenas do incisivo central superior esquerdo, no momento em que procuravamos fazer o exame das referidas raizes, não resistimos á curiosidade de perguntar-lhe qual a razão de haver preferido esse apparelho, quando o seu caso, com todas as vantagens de commodidade e esthetica, encontraria facil solução em uma ponte.

Habitado ao uso moderno dessa pequena placa, desde a idade de 22 annos, o alludido paciente, conforme nos disse, mandou confeccional-a pela terceira vez em 1919, para substituir as anteriores, e desse modo, portanto, mais uma vez pelos meios artificiaes, preencher a falha resultante da extracção do dente, feita aos 14 annos e motivada por uma fistula "rebelde a todo tratamento". Sabia, no entretanto, a principio, aos cuidados de seus paes, e depois por observação sua, não o haver mudado.

"Esperando, inutilmente, pelo incisivo permanente, até a idade de 22 annos, resolveu fazer uso do apparelho actual, com o qual, disse-nos, sempre deu-se bem até ha poucos dias.

(*) Revista dos Cursos — 1923.